Sallé (V.)

DE LA SIFILIS

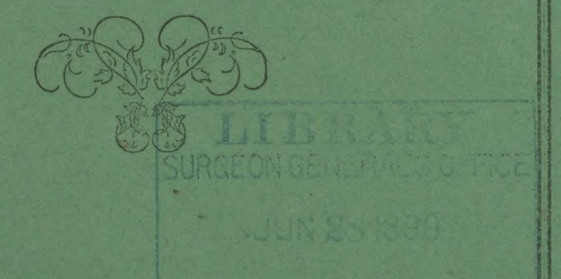
CONGENITAL Y HEREDITARIA.

TESIS

PRESENTADA A LA FACULTAD DE MEDICINA

DE MEXICO.

Por el Doctor Victor Sallé.



MEXICO.—1870.

Imprenta de Ignacio Cumplido, calle de los Rebeldes numero 2.

Errata

var. p: 12
p: 16:

DE LA SIFILIS

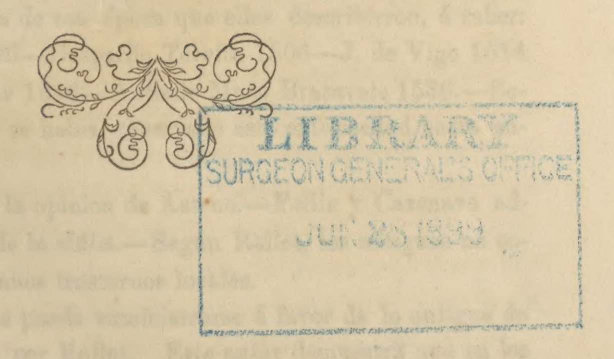
CONGENITAL Y HEREDITARIA.

TESIS

PRESENTADA A LA FACULTAD DE MEDICINA

DE MEXICO.

Por el Dr. Victor Sallé.



MEXICO.—1870.

IMPRENTA DE IGNACIO CUMPLIDO, CALLE DE LOS REBELDES NUM. 2.

DE LA SIFILIS CONGENITAL Y HEREDITARIA.

Histórico.—Creemos conveniente decir, al principio de este trabajo, algunas palabras sobre el histórico de la sífilis.

Cuantos autores han escrito sobre esta enfermedad, han disentido en la siguiente cuestion: ¿Existia la sífilis en la antigüedad, ó apareció por primera vez á fines del siglo XV? Esta cuestion aun no se resuelve. Daremos sumariamente la opinion de los autores de mas aceptacion.

Astruc ha tratado de demostrar que la sífilis apareció en Europa por primera vez en 1495, y cita gran número de autores contemporáneos de la epidemia de esa época que ellos describieron, á saber: José Grundebeck 1496—Gaspardo Torella 1500—J. de Vigo 1514—Gerónimo Fracastor 1546—Antonio Musa Brasavole 1536.—Segun estos autores, no se habia observado esta enfermedad hasta entonces; era nueva.

Sanchez combatió la opinion de Astruc.—Follin y Cazenave admiten la antigüedad de la sífilis.—Segun Rollet, los antiguos no conocieron mas que algunos trastornos locales.

La mejor razon que pueda suministrarse á favor de lo antiguo de la sífilis ha sido dada por Rollet. Este autor demuestra que en los tiempos modernos y en esa época aún, la sífilis ha sido descrita bajo diversos nombres y ha quedado desconocida. Bien puede ser que

los autores no hayan dado de la enfermedad mas que descripciones muy incompletas. Por lo pronto, algunos observadores notaron accidentes en los órganos genitales; otros, observaron accidentes pertenecientes á un período mas avanzado de la enfermedad; en fin, sobrevino una epidemia, entonces observaciones mas completas, mas numerosas se hicieron y así se describió la enfermedad.

Hipócrates habla de ulceraciones en la boca, de fluxiones en las partes genitales, de hinchazon de las íngles, de fungosidades en las partes sexuales.

Celso describiendo las úlceras del clítoris, reconoce dos clases: la úlcera seca y la úlcera húmeda y purulenta. Señala tambien las úlceras fagedénicas.

Aretéo describe la perforacion del velo del paladar.

Galeno habla de dolores osteócopios y de exostósis de los huesos del cráneo.

En las predicaciones y en los poemas satíricos de la historia de la Iglesia encuéntranse tambien algunos informes de utilidad, v. g., Marcial, Juvenal, hablan de úlceras vergonzosas que atacan al hombre libertino, de la ronquera de la voz y de la pérdida de las narices.

Casi nada se encuentra en los autores de la edad media; solo hechos vagos é incomprensibles.

Sin embargo, algunos autores hablan de los reglamentos de sanidad de la edad media, relativos á la prostitucion. Becket, v. g., cita las ordenanzas de policía de Lóndres, anteriores al siglo XV.—Se hace relacion tambien de las ordenanzas de Juana de Provenza, de 1347.

Se ha dicho tambien que la sífilis fechaba de las cruzadas, y Melchor Robert relata las ordenanzas de 1371, 1388 y 1402, sobre los leprosos. Ciertos autores han creido ver en las úlceras de la cara, en la lepra de todo el cuerpo que se observó en aquel tiempo, accidentes sifilíticos; mas esta opinion está muy controvertida. Todo lo que puede asegurarse, es que entre esos accidentes hay algunos como el elefántiasis que no tienen ninguna conexion con la sífilis.

Lo que hay de positivo es que la sífilis no habia sido realmente estudiada hasta fines del siglo XV. Desde esta época vemos que Fabricio de Hilden, Fallope, Fernel y Astruc, son partidarios que

su orígen es americano: mas tarde, Cullen, Van Swieten y Haller adoptaron esa misma opinion.

Sanchez fué el primero que sostuvo la tésis contraria; Robert tambien participó de su opinion: dice que en Italia existia la sífilis antes de la vuelta de América de los españoles, y agrega que los primeros que volvieron no tenian la sífilis. Para concluir diremos que Langlebert en su "Tratado de las enfermedades venéreas," parece dispuesto á adoptar la opinion de un autor del siglo XV, que atribuye el orígen de la sífilis á las relaciones que habrian tenido ciertos hombres con yeguas enfermas de lamparones. Si se reflexiona, dice Langlebert, en que la mayor parte de las enfermedades virulentas, el carbon, el muermo, los lamparones, la rabia, han sido trasmitidas de los animales al hombre, está uno tentado á admitir esa opinion.

La sífilis de los niños recien nacidos, está menos bien conocida que la de los adultos, y esto fácilmente se explica. La diferencia de edad trae, en efecto, tan grandes diferencias en la marcha de la afeccion, en su desarrollo y en su forma exterior, que el diagnóstico se hace á menudo dificil.

La sífilis de los recien nacidos puede ser primitiva, es decir, accidental, ya sea que se adquiera al momento mismo del nacimiento por el contacto con las partes entonces enfermas de la madre, ya sea despues del nacimiento por el contacto de una persona enferma, ó bien en fin, trasmitida por la inoculacion vacunal. Tambien puede ser hereditaria y por consiguiente constitucional, sea que se trasmita por el padre ó por la madre, ó por ambos á la vez.

Cuando se adquiere, la sífilis de los recien nacidos se parece á la de los adultos. Principia por una llaga, que tiene su sitió á veces en las partes genitales y mas á menudo en la boca; otras veces en el brazo, caso de haber sido trasmitida por la vacuna. La marcha de la enfermedad es en seguida, la misma que la del adulto.

La sifilis congenital y hereditaria.

Está siempre constitucional y por consiguiente caracterizada por accidentes secundarios. Su modo de trasmision no se conoce toda-

vía perfectamente. Examinaremos rápidamente cuál puede ser la influencia de la madre y cuál la del padre.

Influencia de la madre.

Durante mucho tiempo se ha admitido que un niño no podia nacer sifilítico si la madre no tenia la enfermedad; Cullerier participa de esta opinion. Los autores no están de acuerdo respecto de la siguiente cuestion: ¿Es necesario para que un niño nazca sifilítico, que la madre esté infectada al tiempo de la concepcion, ó bien, nacerá enfermo si la infeccion sobreviene en el curso del embarazo? Segun Cullerier, la infeccion es posible cualquiera que sea la época en que la madre contrae la enfermedad. Segun Ricord, el límite extremo despues del que la infeccion no puede ya trasmitirse, es el sexto mes del embarazo.

Segun M. H. Deville, para que la trasmision tenga lugar por parte de la madre, es necesario que ella se encuentre todavía en el período de los accidentes secundarios, pues en medio de los accidentes terciarios, la trasmision cesa de efectuarse.

Influencia del padre.

Stahl, Swediaur y otros autores admiten que la sífilis hereditaria, puede provenir del padre atacado de sífilis constitucional; Diday y Trousseau admiten la trasmision de la enfermedad sin que la madre se halle infectada de ella. Em. Vidal cita tres casos que parecen establecer la influencia exclusiva del padre, y Mayr de Viena, cita cuarenta y nueve casos en apoyo de la misma opinion. Segun Mr. Deville, la trasmision por el padre puede tener lugar en todos los períodos de la enfermedad. Ricord cree, que ella es posible solo durante el período secundario, mas la mayor parte de los autores rechazan esta opinion. Parece cierto que el padre puede engendrar un hijo sifilítico aunque no presente accidentes al tiempo de su procreacion. Varios autores y Valleix entre ellos, citan hechos en apo-

yo de esta opinion. En fin, se admite generalmente que un tratamiento seguido por el padre al tiempo de la fecundacion, puede modificar ventajosamente las predisposiciones del gérmen.

He aquí, en suma, la opinion de los autores sobre esta cuestion.

En los diferentes casos que me ha sido dado observar desde mi llegada á México, la influencia del padre y de la madre es evidente.

Bertin, lo mismo que ciertos autores, pretende que la enfermedad puede trasmitirse por la lactancia. Así es que una madre ó una nodriza atacada de sífilis puede infectar á su hijo por medio de la leche. Bien que no haya nada de absolutamente cierto respecto á esto, encuéntranse en los autores hechos que dan gran estimacion á esta opinion.

Ademas, ¿por qué no podria la sífilis trasmitirse por la lactancia, supuesto que el sémen la trasmite y que la sangre sola de la madre basta para trasmitir esta terrible enfermedad?

Sifilis antes del nacimiento.

Influencia de la enfermedad sobre la marcha del embarazo.

Un hecho demostrado por la observacion, es que la sífilis, afectando al feto en el seno de la madre, causa á menudo una muerte prematura y el aborto hácia el quinto ó sexto mes, y á veces mas tarde. El aborto, como se sabe, es muy comun en los hospitales donde se reciben á las mugeres venéreas.

En la práctica frecuentemente se observan mugeres de buena conformacion que abortan repetidas veces, y esto sin ninguna violencia exterior, sin causa aparente. La mayor parte de esas mugeres ó sus maridos son atacados de sífilis latente; la prueba es que basta curar á ambos esposos ó á uno de ellos, si el enfermo se da á conocer ó lo permite, para que un nuevo embarazo llegue á buen resultado.

Así pues, en la sífilis hereditaria, el primer peligro es la muerte del feto en el seno de la madre, y su expulsion por medio del aborto. Ya hemos dicho que el tratamiento anti-sifilítico, administrado durante el embarazo, puede tener sobre su marcha una feliz influencia, el parto puede entonces verificarse á su tiempo y estar el niño exento de toda manifestacion sifilítica.

Ademas del aborto, la sífilis hereditaria determina algunas veces, cuando el parto tieue lugar, ó á su término, ó á poca diferencia, grandes modificaciones en las vísceras, sobre todo en el hígado ó en los pulmones; otras veces en fin, determina la aparicion sobre el cuerpo de sifílides de naturaleza diversa. Entre esas afecciones, la que se observa mas á menudo al tiempo del nacimiento, el feto habiendo ó no nacido á su tiempo, es sin contradiccion el penfigo, del que hablaremos mas tarde.

Epoca de la aparicion de la enfermedad.

Los síntomas sifilíticos en los niños que han recibido el gérmen de la enfermedad por herencia, se observan generalmente del primero al segundo mes de la vida extra-uterina. Así es que los niños nacen casi siempre sanos en apariencia, y al cabo de algunas semanas se van apareciendo los accidentes sifilíticos. Extraño es, cuando la enfermedad no se presenta antes de los seis meses, ó un año ó dos. Algunos autores, al contrario, han visto la sífilis mostrarse en los recien nacidos algunos dias solamente despues del nacimiento, bajo la forma de sifílides.

Una cuestion que aun no se resuelve, es la siguiente: ¿Puede la sífilis trasladarse al niño al tiempo del nacimiento con síntomas exteriores aparentes? Segun Ricord, los hechos de este género han sido mal observados, porque casi todos los niños en quienes se ha creido reconocer sifílides, habian nacido muertos, y él está dispuesto á creer que las supuestas sifílides de que se ha hablado, no son mas que un principio de descomposicion del dérmis. Esta opinion no nos parece muy exacta, pues M. Deville ha tenido ocasion de observar en un niño muerto al nacer, placas mucosas bien caracterizadas y en gran número sobre diferentes partes del cuerpo, y los Sres. Diday y Bonchut citan igualmente hechos semejantes. Se puede, pues, deducir que:

La sífilis hereditaria casi no manifiesta su presencia con síntomas aparentes, sino al primero ó segundo mes despues del nacimiento. Empero en algunos casos muy raros, pueden producirse sifílides á una

época mucho mas lejana de la vida intra-uterina, ó al contrario, en un momento muy cercano del nacimiento, y que en fin, pueden desarrollarse sobre el niño al estado de feto que no ha visto la luz. En la mayor parte de los casos hasta ahora observados, el feto habia muerto, pero bien puede nacer lleno de vida. Los Sres. Pablo Dubois y Gubler han observado casos de este género, pero relativos á casos de penfigos sifilíticos. En otro caso observado por Mr. Danyau, habia á la vez un penfigo, un infarto fibro-plástico y unos osteides de la faz interna del cráneo.

Mr. Diday, habiendo reunido 158 casos de sífilis hereditaria, ha llegado á los siguientes resultados relativamente á la época de la aparicion de la enfermedad:

Antes de un mes cumplido	86	veces.
„ 2 „	45	„
„ 3 „	15	„
„ 4 „	7	„
„ 5 „	1	„
„ 6 „	1	„
„ 8 „	1	„
„ 1 año „	1	„
„ 2 „ „	1	„

Sintomas.

La sífilis hereditaria, dice Diday, se distingue de la sífilis adquirida por los mas tristes caracteres: por su marcha mas rápida, por sus lesiones que desde luego tienen el aspecto de las secundarias, por su letalidad y por su contagio; en fin, por su fecundidad en lesiones viscerales.

Los síntomas de la sífilis hereditaria son tan numerosos en su forma como variados en su sitio. Las manifestaciones locales de la infeccion sifilítica son, ó superficiales ó profundas, y se muestran sobre la piel, y las mucosas bajo la forma de sifílides, en los órganos de los sentidos y en los órganos especiales como el ojo, el timo, el cerebro,

el hígado, los huesos y los pulmones, bajo la apariencia de infiltraciones plásticas ó de supuraciones viciadas.

Erupciones cutaneas.

Al principio de la enfermedad se observan muchas veces manchas ó placas coloradas, una especie de eritema, que se presenta sobre las nalgas, sobre los órganos genitales y tambien en la planta de los piés y en la palma de las manos. Si este eritema está muy marcado, de un rojo vivo, se trasforma bien pronto en placas ó pústulas que se ulceran y supuran.

Se observa aun por el lado del cútis la descamacion epidérmica de la cara y de las extremidades, las grietas de las manos en el sentido de los pliegues cutáneos; se ven unas vesículas que se multiplican y se reunen formando ulceraciones superficiales mas ó menos extendidas, cuya disposicion no tiene nada de regular y que ofrecen una superficie colorada, lívida, cobriza, cubierta de costras delgadas, parduzcas y secas.

La Roseola muéstrase muy rara vez. Segun algunos autores, no se observará en los recien nacidos ni siquiera una sola vez la roseola verdadera.

Se notan, pero raramente, unos ectímas ó sifílides tuberculosas.

Las pústulas planas ó placas mucosas no son escasas y se encuentran en todos puntos del cuerpo, mas particularmente en el ombligo, en los pliegues de los miembros, en las nalgas, en los órganos genitales y en general en las cercanías de los orificios; tienen el aspecto de vejigas planas, lustrosas, de un pequeño volúmen, son suaves y secretan abundantemente una materia purulenta.

El onixis sifilítico ó inflamacion específica del contorno de la uña se muestra á menudo en los recien nacidos. M. Bouchut ha contado veinte de estos en el mismo sugeto, es decir, tantos cuantos dedos. La supuracion llega muy pronto; un pus verdioso, mal ligado y fétido, corre del borde lateral de la uña y ocasiona la caida de esta, si un tratamiento enérgico no viene prontamente á enrayar la enfermedad.

Las erupciones globulosas son muy comunes, confundidas regularmente bajo el nombre de penfigo. Siendo esta afeccion bastante frecuente y siempre grave, daremos aquí su descripcion.

El penfigo sifilítico es caracterizado por la presencia de manchas rosadas con acompañamiento de formacion de glóbulos llenos de pus y de costras amarillas ó morenuscas, delgadas y laminosas. Es de ordinario congenital y anterior al nacimiento, así como lo han observado Gelibert, P. Dubois, Morin, Depaul y Bonchut; muchas veces, sin embargo, no aparece sino algunos dias despues del nacimiento.

El penfigo sifilítico siempre existe al estado agudo y los glóbulos que le caracterizan son generalmente gordos como un guisante (chícharo) ó á lo sumo como una avellana pequeña. Se encuentran mas ó menos numerosos. Mas de cien se han contado sobre el mismo niño, mas en este caso se hallan tan cerca unos de otros que algunos confúndense por la base. Encierran un líquido amarillento, purulento, á veces fétido y con sangre. Pueden mostrarse sobre todo el cuerpo, pero los mas notables existen en la faz plantar de los piés y en la palma de las manos, y reposan siempre sobre un cútis, cuyo tinte morado ó azul, contrasta con el tinte rosado de las partes que los rodean. El dérmis se halla á veces ulcerado, desgarrado y cubierto con un depósito plástico pseudo–membranoso. Estas ulceraciones superficiales comprenden todo el espesor de la piel y supuran abundantemente. Sus orillas ó bordes son á veces un poco realzadas y redondas; entonces, como lo indica M. P. Dubois, se ven en diferentes puntos las apariencias de los últimos períodos del eczema.

El penfigo sifilítico existe en unos niños bien desarrollados y cuya nutricion ha sido normalmente cumplida hasta el dia de su nacimiento, ó bien en unos niños débiles y flacos, nacidos antes de tiempo; determina una notable y rápida alteracion de la salud y la muerte no tarda en seguir á su aparicion.

Aunque ciertas dudas se elevaron acerca de la realidad de un penfigo sifilítico en los recien nacidos, unos hechos muy bien estudiados por M. Pablo Dubois, ponen hoy esta cuestion fuera de duda.

Los signos distintivos del penfigo simple y del penfigo sifilítico pueden reducirse á los contenidos en el siguiente cuadro:

PENFIGO SIFILITICO.	PENFIGO SIMPLE.
Glóbulos rellenos de pus amarillento, muy bien formado.	Glóbulos rellenos de serosidades líquidas.
La piel escoriada, está colorada y lívida.	La piel presenta un tinte rosado bastante claro.
El cútis está carcomido y aun ulcerado.	El cútis no presenta ulceraciones.
[illegible] observan sobre la piel ó las mucosas otras manifestaciones [illegible]	Los glóbulos constituyen toda la enfermedad.

Agréguese, en fin, que el penfigo simple se cura siempre con solo la ayuda de remedios emolientes, mientras el penfigo sifilítico se cura dificilmente y esto se verifica con ayuda del mercurio y de ioduro de potasio ministrados al niño y á la nodriza.

Lesiones de las mucosas.

Tocante á las mucosas, el accidente el mas comun y que se presenta de ordinario el primero, es la placa mucosa. Las mas veces se muestra primero en la boca, sobre la lengua, á la faz interna del carrillo. La lengua tiene un aspecto análogo al que ella presenta en el *muguet* (especie de afta.) Se forman al mismo tiempo unas fisuras, y la saliva del niño se tiñe de sangre; es ordinariamente con este indicio que las nodrizas sospechan de la enfermedad del niño que se ha confiado. Al cabo de algunos dias las placas mucosas muéstranse sobre las partes sexuales, al ano, ó á la abertura de las narices.

En los recien nacidos la placa mucosa supura muy rápidamente y forma al mismo tiempo ulceraciones y fisuras.

Coriza sifilitico.

Ciertos niños nacidos de padres sifilíticos, teniendo ya sobre el cuerpo manifestaciones locales producidas por la sífilis, ofrecen algu-

nas veces una inflamacion particular de la membrana pituaria. Esta inflamacion rebelde, persistente, ocasiona el derrame de una materia verdiosa, muchas veces fétida; esto es lo que se llama Coriza ú Ocene sifilítico.

La nariz se pone colorada é hinchada; el orificio de las narices presenta numerosas fisuras de donde se derraman materias virulentas, purulentas ó sanguinolentas. En este punto se forman unas costras que obstruyen enteramente las fosas nasales; unas ulceraciones superficiales ó profundas, tienen su sitio en la mucosa, y suele haber perforacion del tabique. La respiracion por la nariz se hace silbante y penosa á causa del obstáculo mecánico que traen los productos de la inflamacion; la succion del seno se vuelve difícil y aun imposible, y el niño pudiera morirse de hambre si se prolongara este estado.

Iritis sifilitico.

El iritis ha sido observado en unos niños de tres meses á un año, nacidos de padres sifilíticos y afectados ya de sifílides. Esta afeccion puede describirse así:

La esclerótica se pone de un rojo de púrpura oscuro, el niño huye de la luz. La córnea queda trasparente, el íris pierde su color, la pupila se contrae, se desforma y queda inmóvil á la luz y á la oscuridad; el humor de la cámara anterior se turba, y á veces un depósito fibrinoso, amarillento ó purulento muéstrase á la parte inferior del íris. Vese, en fin, aunque rara vez, el cristalino perder su trasparencia y ponerse nublado sin ser enteramente opaco.

Thymus.

Mr. Dubois ha encontrado en el thymus pequeños núcleos de inflamacion y de supuracion diseminados en el espesor del órgano. Este señor cree en la naturaleza sifilítica de esta alteracion.

Cerebro.

Mr. Faurés (de Tolosa) encontró en el cerebro tumores fibro-plásticos.

Pulmones.

Se han encontrado en unos recien nacidos atacados de lesiones sifilíticas en la piel, nodosidades lobularias que se ha querido atribuir á la sífilis. Esta cuestion no ha sido todavía bien dilucidada.

Higado.

M. Gubler describió en el hígado una alteracion específica, constituida por una induracion fibro-plástica que suele ser general, pero las mas veces parcial. En ambos casos la parte enferma de la glándula se halla hipertrofiada y dura; su color es amarillo pálido, su tejido semi trasparente. La apariencia de las dos sustancias es desvanecida, y la superficie del órgano ofrece únicamente algunas pequeñas granulaciones finas y blanquizcas del tamaño de un grano de sémula.

Alteraciones del periostio y de los huesos.

Están excesivamente escasas en los niños recien nacidos.

Caquexia sifilitica.

A mas de todas esas manifestaciones locales específicas, interiores ó exteriores, hay un gran número de fenómenos generales de reaccion ó de postracion, que dan la medida de la afeccion sifilítica y de la fuerza de resistencia de los recien nacidos. Los niños están anémicos, pálidos y débiles, su cútis á menudo está descolorido y arrugado, sobre todo en la cara; se parecen á unos ancianos y su debilidad aumenta; el apetito es nulo ó casi nulo, ellos enflaquecen mucho: la diarrea no tarda en agobiarlos mas, y si no se les cura pronto, toman el aspecto de una decrepitud precoz y caen en un estado de marasmo y de caquexia venérea, que no tarda en hacerlos sucumbir.

Diagnóstico.—El diagnóstico de la sífilis de los recien nacidos es fácil en lo general. Las mas veces los antecedentes aclaran á uno, y luego que se ha verificado la existencia de la sífilis en los padres, todo equívoco es imposible. Cuando nada puede saberse tocante á la salud de los padres, un atento exámen del niño permitirá las mas veces reconocer la enfermedad. En efecto, se observará casi siempre sobre el pequeño enfermo lesiones de diversa naturaleza, cuyo conjunto no puede dejar ninguna duda sobre la naturaleza de la enfermedad. Añádase, en fin, que muchas veces, aun faltando informes de parte de la familia, se puede, examinando con cuidado al padre y la madre, hacer constar la presencia de una sífilis secundaria que permita establecer el diagnóstico con toda seguridad.

Pronóstico.—El pronóstico siempre es muy grave, y se puede decir que las mas veces la sífilis del recien-nacido es mortal.

El pronóstico es tanto mas peligroso, cuanto mas cerca del nacimiento se presente la enfermedad, pues la observacion demuestra que la marcha de los accidentes es tanto mas rápida cuanto mas jóven es el niño.

La aparicion del penfigo es un síntoma de los mas peligrosos; ocasiona muchas veces y en pocos dias la muerte del niño.

El coriza sifilítico es tambien una complicacion temible, aunque menos peligrosa que el penfigo.

En suma, la sífilis hereditaria puede curarse con un buen tratamiento; algunas veces se han visto curar á unos niños llegados al último grado de caquexia; mas estas son unas raras excepciones. La muerte es el término general de semejantes casos.

Duracion.—Cuando se verifica la curacion, un tratamiento de varios meses es indispensable. Si por lo contrario, la enfermedad tuviera un término funesto, la muerte llega en algunas semanas, y á veces en algunos dias.

Trasmision de la enfermedad del niño à su nodriza.

Este hecho vivamente contestado al principio, va por fin admitiéndose. Los ejemplos se han multiplicado tanto y presentan un tal

carácter de certidumbre, que ya no puede dudarse de su verdadera significacion.

Nadie duda que el niño atacado de sífilis primitiva, contraida, pueda trasmitirla. Este es un hecho que entra en el dominio de las leyes de contagio sifilítico. Mas, ¿puede la sífilis congenital y hereditaria, que no se manifiesta sino con accidentes secundarios ó constitucionales mal determinados, trasmitirse á la nodriza?

Hechos citados por Diday, Rollet, Bouchut y otros sifiliógrafos, parecen demostrar claramente la trasmision de la enfermedad del recien nacido á su nodriza. Entre otros, citaremos la siguiente observacion dada por Bouchut: Tres niños de una muger sifilítica infestaron á tres nodrizas, á distancia de algunos años, y la enfermedad fué trasmitida no solo á las nodrizas sino tambien á los hijos de estas.

Parece, pues, perfectamente demostrado que la sífilis congenital puede trasmitirse de la criatura á la nodriza. Desde luego el médico debe, cuando un niño sifilítico está confiado á una nodriza, avisarla de los peligros á que está expuesta.

Tratamiento.—Existen aquí dos modos de proceder: el tratamiento directo dando mercurio al niño, ó el indirecto administrando el medicamento á la madre ó á la nodriza.

Respecto del niño, el tratamiento interno bastante difícilmente puede ponerse en uso, y creemos que no se puede contar con su eficacia. Todos los autores aconsejan se dé al niño una pócima gomada conteniendo 1, 2 ó tres gramos de licor de Van Swieten. Los niños, generalmente no pueden soportar esta pócima que casi siempre determina vómitos. Mas si por casualidad llegan á soportarla, ella no tarda en aumentar la diarrea que casi siempre existe en los pequeños enfermos, y es preciso renunciar al empleo de dicha pócima. Hemos dicho que la sífilis en los recien nacidos, tenia una marcha tan rápida, tan veloz, si se puede decir, que nos parece imposible detener la enfermedad por medio de tan ínfima cantidad de medicamentos.

El tratamiento externo presta mayores servicios. Se dan al niño baños con un gramo de bicloruro de mercurio y se le sumerje dentro, por media hora; se practica diariamente ó cada dos dias sobre el pecho del niño (mas no sobre las nalgas), fricciones de 1 gramo

los muslos.

de ungüento napolitano, y se tiene cuidado de darle algunos baños jabonosos. Se aplica localmente sobre las erupciones unos polvos compuestos de sub-nitrato de bismuth y de fécula:

Sub-nitrato de Bismut.	10 gramos.
Fécula.	20 „

Cuando hay ulceraciones atónicas, se las cura primero con vino aromático ó con una decocion de quina, y despues con unos polvos así compuestos:

Precipitado blanco.	1 gramo.
Fécula.	30 „

Estando las ulceraciones fungosas ó echando sangre, se las curará con polvos de Ratanhia.

Si las llagas tienen su sitio en unas partes donde los polvos no puedan mantenerse, se harán lociones con la solucion siguiente:

Bicloruro de mercurio.	1 gramo.
Alcohol.	9 „
Agua.	300 „

Las ulceraciones, las fisuras, las placas mucosas que tienen su sitio sobre los labios, en la boca, al escroto, al ano, deberán cauterizarse ligeramente con el lápiz de nitrato de plata.

El coriza sifilítico exije cuidados particulares; lociones emolientes repetidas á menudo, despues de haber tenido cuidado de desembarazar las narices de las mucosidades y de las costras que obstruyen la abertura; en seguida inyecciones con una solucion de sulfato de cobre, 2 gramos por 30, ó mejor aún, con una ligera solucion de bi-cloruro (1 gramo por 300), ó bien, en fin, se tocará ligeramente el orificio de las narices con el lápiz de nitrato de plata, é inmediatamente despues se inyectará una poca de agua tibia.

El irítis tambien exije cuidados especiales. Ademas del tratamiento general, se harán varias veces al dia fricciones al rededor de la órbita con una pomada de belladona.

Se tendrá á los niños en la oscuridad, con los ojos cubiertos. Es necesario, luego que se pueda, sacarlos al aire exterior á fin de facilitar la nutricion y la hematosis. Se les alimentará como de costumbre, y se les hará tomar diariamente una cucharada de jarabe de quina.

En fin, si la caquexia sifilítica se muestra, la lactancia, la permanencia en un centro caliente y el jarabe ferruginoso, son los mejores medios para combatirla.

En suma, el tratamiento de los recien nacidos es muy difícil. Ademas de los cuidados de limpieza minuciosa, este exije una solicitud, una abnegacion de cada momento, que solo el amor maternal puede dar. Es por lo que se ve á la mayor parte de esos pequeños séres admitidos en los hospitales, sucumbir bien pronto á los progresos de la enfermedad, cualesquiera que sean los cuidados de que se les rodee.

DEL TRATAMIENTO INDIRECTO.

Sengun Diday, no deberia contarse sobre la influencia del tratamiento indirecto. Hemos dicho que ademas de lo difícil que es seguir el tratamiento directo, no tiene una accion bastante pronta; por lo tanto, y contrariamente á la opinion de Diday, como Trousseau y Bouchut, creemos en la eficacia del tratamiento indirecto.

Se ha dicho que este tratamiento casi no podia tener accion, porque el análisis de la leche de las mugeres, sometidas á un tratamiento mercurial, no ha dejado descubrir ninguna huella de mercurio. A esto se puede contestar, que si se analiza la leche de una muger, tomando cada dia 1 ó 2 gr. de ioduro de potasa, no se comprueba la presencia del iodo sino en muy pequeña cantidad. No es, pues, extraño que el análisis no haga descubrir el mercurio en la leche, supuesto que su busca es mucho mas difícil que la del iodo, y en segundo lugar, este medicamento no puede ministrarse sino en pequeñísima cantidad, comparativamente al iodo.

Ademas, lo que mas importa en una enfermedad, no es el saber la cantidad introducida, sino la cantidad verdaderamente utilizada por la economía, y sobre todo, cuáles son los resultados obtenidos.

Desde luego, la leche de la madre que el niño siempre toma con gusto, es el mejor vehículo para administrarle un medicamento. La experiencia de todos los dias, prueba los buenos efectos de este modo de tratamiento.

Una cuestion se presenta aquí: ¿Siendo un niño confiado á una nodriza, se tiene el derecho de someterla á un tratamiento mercurial, á fin de curar al niño que le ha sido confiado? Una opinion aún, muy extendida hoy, es que la administracion del mercurio causa siempre grandes perjuicios á la economía. En cuanto á nosotros, diremos con Bouchut, que jamas hemos visto que un tratamiento mercurial, bien dirijido, haya tenido consecuencias peligrosas.

En todo caso, debe avisarse á la nodriza de la enfermedad del niño que le ha sido confiado, y proponerle á que se someta á un tratamiento mercurial, despues de haberle dado cuantas explicaciones sean necesarias para que tome una decision con todo conocimiento de causa.

Si no se puede recurrir al tratamiento directo, por medio de la nodriza, se puede emplearlo por medio de burras ó de cabras mercurializadas con fricciones de ungüento napolitano. La leche recogida como remedio, se da en seguida al niño, quien sigue al mismo tiempo su lactancia con la nodriza.

Si la madre es quien alimenta, no hay ninguna vacilacion que temer: ella es quien debe ser tratada. El hecho de la trasmision de la sífilis por el padre, no es muy comun. En los casos de sífilis hereditaria bien observados, la causa ha sido encontrada en la madre. Luego que la madre tenga ó no tenga síntomas aparentes, no deja de estar bajo la influencia de una diátesis sifilítica que debe tratarse con mercurio. El tratamiento mercurial ofrece, pues, doble ventaja, supuesto que se dirije á la vez á la madre y al hijo.

A nuestro parecer, el medicamento que mejor conviene es el bicloruro de mercurio que se da en píldoras, asociándolo con el opio. Se principia con un centígramo y se va aumentando hasta tres. No creo generalmente necesario dar mas fuerte dósis. El mercurio casi siempre trae consigo una poca de inapetencia, de pesadez de estómago; al mismo tiempo deja en la boca un sabor metálico, desagradable. A fin de evitar esos efectos, conviene hacer preparar unas píldoras con-

teniendo una dósis de medicamento muy pequeña; v. g. 0.003 ó 0.004 milígramos solamente, y tomarlas una por una en el trascurso del dia; hemos notado que al administrar el mercurio de esta manera, los trastornos de la digestion se marcaban menos.

Cuando la salivacion está por aparecer y que se nota sobre las encías un pequeño punto gris característico, al mismo tiempo que hay aumento de secrecion salival, es necesario, sin interrumpir el tratamiento, dar el chlorato de potasa en dósis de 4 gramos al dia, en una pócima gomosa. Al cabo de algunos dias, toda huella de salivacion desaparece; se puede en seguida seguir el tratamiento por varias semanas, sin temer, por decirlo así, la vuelta de la salivacion.

En cuanto al ioduro de potasa, es útil administrarlo solo cuando la madre presente accidentes terciarios, que se hacen muy escasos en el niño.

Si fuere necesario administrar el ioduro, seguiríamos dando al mismo tiempo el mercurio si la madre no lo hubiera tomado antes con superabundancia. Tenemos mucha confianza en la eficacia del tratamiento mixto.

OBSERVACION I.

En Acapulco, en Febrero próximo pasado, se nos llamó cerca de una muger de 22 años, parida de cerca de diez dias. Esta jóven denunciaba una cefalalgia frental muy violenta, y al mismo tiempo dolores reumáticos. La enferma nos manifestó padecer hacia un mes: mas al principio creyó que esos dolores eran una consecuencia de su estado, y que cesarian con el parto, pero habiendo sucedido lo contrario, se determinó á llamar á un médico. La cefalalgia, bastante violenta de dia, aumentaba de noche segun la enferma: sentia los dolores reumáticos particularmente en la rodilla derecha, en la articulacion tibio-tarsiana; y sobre todos los miembros inferiores los dolores están igualmente mas violentos de noche que de dia. El exámen de la

enferma ha dado por resultado: ausencia de calentura; pulso débil á 72; la lengua buena; poca apetencia; pero la digestion se hace bien. El líquido de los loquios tiene el olor de costumbre, la secrecion se hace en pequeña cantidad. Convencidos que teniamos en presencia una afeccion sifilítica, examinamos el pecho de la enferma, y encontramos entre los senos, luego á la parte exterior del esternum y abajo de las clavículas, una docena de manchas pequeñas, redondas y morenas del grueso de una lenteja y algo salientes; estas manchas palidecen bajo la presion del dedo pero sin borrarse. Manchas semejantes existen sobre la frente, al nacimiento del cabello, y vénse igualmente algunas sobre la faz interna del brazo y del ante brazo así como sobre los miembros inferiores. Existe en todos estos puntos una comezon bastante fuerte.

Interrogada la enferma sobre sus antecedentes, nos manifestó haber tenido cuatro meses há un derrame; que su ropa estaba manchada de verde y que ella sentia algun tanto de calor y de picazon á la entrada de la vagina. Todo esto duró mas de tres semanas y cedió, segun nos dijo, merced á cuidados de limpieza y á unas lociones emolientes. Las manchas que observamos se presentaron casi al mismo tiempo que la cefalalgia y los dolores en las articulaciones, es decir, hace cosa de un mes.

El marido, á su turno, nos manifestó haber tenido llagas, cuya curacion hubiera sido muy larga y completa solamente desde algunos meses. Sin avisar á su esposa habia seguido sus relaciones con ella. Un médico consultado por él le prescribió píldoras mercuriales que usó durante algun tiempo, mas habiéndose cicatrizado las llagas, cesó todo tratamiento. Un atento exámen no nos hizo descubrir ninguna huella de sífilis secundaria: nada en la garganta, nada sobre el cútis.

Examinamos en seguida al niño. Lo encontramos fuerte y bien constituido, y no presentaba ninguna huella de infeccion sifilítica.

Hicimos presente al padre y á la madre la necesidad que habia de someter la madre á un tratamiento general, tanto por su interes personal, como para el niño que no tardaria en enfermarse.

El dia 10 ordenamos un centígramo de bicloruro unido á 0 g. 02 de ópio, en tres píldoras.

El dia 11 la misma prescripcion.

El 12 pusimos la dósis de $1\frac{1}{2}$ centígramo en cuatro píldoras con $2\frac{1}{2}$ centígramos de ópio.

Los dias 13 y 14 igual prescripcion.

El dia 15 dimos la dósis de 2 centígramos de bicloruro con 0.03 de opio.

Los dias 16, 17 y 18, la misma preseripcion.

En fin, el dia 20 subimos la dósis de mercurio á $2\frac{1}{2}$ centígramos.

Ordenamos al mismo tiempo la toma diaria de algunos vasos de cocimiento de zarzaparrilla y de gaïac. Buen régimen, carne y vino colorado en las comidas, vino de quina por la mañana antes de almorzar: recomendamos á la enferma hiciera algun ejercicio, y mañana y tarde un lijero paseo.

En los primeros dias el mercurio determinó dolores de estómago y una poca de dificultad en la digestion, pero merced al régimen sustancial que habiamos prescrito, y merced tambien al vino de quina, esos síntomas desaparecieron bien pronto, el apetito volvió, aumentó aún, y la enferma se sintió mas fuerte.

Al sétimo dia hubo principio de salivacion que combatimos inmediatamente por medio del clorato de potasa: en unos cuantos dias todo síntoma de salivacion desapareció.

La cefalalgia y los dolores reumáticos cedieron rápidamente al uso del mercurio. A los cinco ó seis dias el alivio era ya notable. Las manchas del pecho se pusieron mas pálidas y se cubrieron de escamas blanquizcas; en el espacio de tres semanas desaparecieron totalmente, y al cabo de un mes la enferma se hallaba completamente curada; mas creimos necesario, por prudencia, seguir el tratamiento un mes mas, bajando la dósis de mercurio á 2 centígramos diarios. En el curso del segundo mes se presentó de nuevo un principio de salivacion, por lo que recurrimos de nuevo al clorato de potasa, que nos dió un resultado tan satisfactorio como la primera vez.

El 24 de Febrero la madre nos hace notar que su hijo, que tenia 28 dias de edad, presenta unas manchas color de rosa en la palma de las manos y en la planta de los piés. Esto era evidentemente un principio de sífilis. La boca estaba sana y el ano tambien. Tratamos de ensayar el tratamiento directo, mandando dar al niño una

pócima conteniendo 10 gotas de licor de Van-Swieten por 30 gr. de vehículo. El enfermo no pudo soportar esta pócima que se administró en cucharadas.

El 25 de Febrero, las manchas están de un rojo mas oscuro: el niño grita, llora y no mama con gusto. Procuramos dar el Van-Swieten dentro de leche con azúcar, pero el medicamento fué de nuevo arrojado.

El dia 26 las manchas permanecen en el mismo estado; en la boca y en las partes laterales de la lengua se nota la presencia de manchas azuleas análogas á las del muguet (afta); el niño ya casi no quiere tomar el pecho, saliva mucho y la saliva tiene estrías de sangre. Al ano se encuentran algunas placas mucosas bien caracterizadas. Convencidos de la imposibilidad de usar el Van-Swieten, mandamos administrar al niño un baño con un grano de bicloruro, hicimos unos toques en las placas de la boca con el nitrato de plata, y se curaron las del ano con vino arómatico.

El dia 27 el mismo estado é igual tratamiento.

El 28 manifiéstase un poco de coriza; recomendamos á la madre la mayor limpieza y frecuentes lociones emolientes, baño mercurial, fricciones sobre las partes laterales del pecho con una pomada formada de un grano de ungüento napolitano y un grano do cerato simple.

El dia 29 el niño está mejor; el derrame nasal no ha crecido; las placas del ano tienen buen aspecto, las de la boca tambien están mejor, por lo que tocamos ambas con nitrato de plata. Baño mercurial ut supra; las manchas de las manos y de los piés palidecen y desaparecen.

De esta manera se continuó por un mes el tratamiento, dando baños cada dia y en seguida cada tercer dia no mas, y una friccion mercurial cada ocho dias solamente.

Al fin del mes de Marzo ya no quedaba ninguna huella de infeccion sifilítica y desde entonces el niño que vimos en Agosto próximo pasado, goza de una perfecta salud.

Esta observacion nos hace atribuir la curacion completa al tratamiento que siguió la madre; pues como se ve, no se pudo seguir dando el Van-Swieten, y aunque tengamos fé en la eficacia de los

baños de bicloruro y en las fricciones mercuriales, tenemos la conviccion que si la madre no hubiera seguido el tratamiento, la enfermedad hubiera tenido una marcha mas rápida y el niñe no hubiera sanado.

OBSERVACION II.

En el mes de Abril próximo pasado, el Sr. X** de Chilapa, vino á consultarnos acerca de un mal de garganta que padecia hacia cosa de dos meses. Al examinar la garganta vimos que las amigdalas, la campanilla, el velo del paladar y la parte superior de la laringe estaban cubiertas de placas mucosas perfectamente caracterizadas. La voz estaba algo ronca: el enfermo dijo que la deglucicion estaba dolorosa y que tenia constantemente en la boca un sabor desagradable que le obligaba á escupir contínuamente. Interrogado sobre sus antecedentes, este pretendió no haber tenido jamas nada en las partes genitales. Un exámen atento no nos hizo descubrir nada en la piel, á excepcion de dos ó tres manchitas cobrizas sobre el lado izquierdo de la frente, al nacimiento del cabello.

Empleamos para su curacion el bi-cloruro de mercurio, por dósis de 0.01 centígramo al principio, y de 2 centígramos despues. Tocamos las placas mucosas, primero con el nitrato de plata, y luego con el nitrato ácido de mercurio. No presentó el tratamiento nada particular; hubo una ligera salivacion que pronto cedió al uso del chlorato de potasa. Al cabo de seis semanas la curacion fué completa; sin embargo, por prudencia mandamos seguir el tratamiento unas semanas mas.

A los quince dias de curar á este hombre, él nos suplicó que reconociéramos á su esposa, que desde algunas semanas atras, sentia una violenta comezon en la palma de las manos. Reconocimos un principio de psoriasis; los piés no tenian nada; tampoco encontramos ninguna otra manifestacion sifilítica, ni en el cútis ni en las mucosas. La enferma aseguró no haber padecido jamas ningun mal en las par-

tes genitales: esta muger se hallaba en cinta, de siete meses. Explicamos al marido que él habia trasmitido á su esposa la afeccion de que estaba atacado, y que era necesario cuidar inmediatamente á la enferma, manifestándole que sin ello, ó bien sucederia un aborto, ó bien el niño, si naciere con vida, no tardaria en enfermarse y probablemente en sucumbir. A pesar de nuestras instancias y de las de su marido, la enferma no quiso consentir en curarse, so pretexto que tomar medicamentos durante el embarazo, era exponerse á un aborto. No volvimos á ver á esta muger hasta el 2 de Julio, época en que nos mandó llamar cerca de su hija, que tenia 22 dias de nacida: se nos manifestó que desde la víspera la niña lloraba y gritaba contínuamente, y que aunque tomaba el pecho con gana, pronto lo abandonaba como si fuera dolorosa la succion: el exámen de la enfermita dió el siguiente resultado:

En la planta de los piés, en la palma de las manos y sobre las nalgas obsérvanse anchas placas eritematosas, de un colorado vivo. Los labios, el inferior sobre todo, presentan gran número de fisuras bastante hondas; en la comisura derecha de los labios está una placa mucosa ulcerada. En la boca se notan por todas partes, pero particularmente sobre la lengua, gran cantidad de pequeñas ulceraciones parduzcas. La saliva que se escapa de la boca de la niña tiene muchos filetes de sangre. Las mucosas de las fosas nasales, de un rojo vivo, presentan algunas manchas grises, semejantes á las de la boca. Un líquido verdioso, bastante abundante y fétido, se derrama de las narices, á la abertura de las cuales se forman algunas costras negruzcas.

A la entrada de la vagina, pero particularmente á la parte superior al rededor del meato urinario se notan muchas placas mucosas ulceradas. La mucosa muy colorada en esas partes secreta una materia verdiosa.

Existen igualmente placas mucosas en el ano.

La niña tiene algo de diarrea; las materias están líquidas y verdes, y cuando menos hace dos evacuaciones por hora; algunas de ellas están ligeramente teñidas de sangre. Tiene calentura; la piel está caliente, el pulso está lleno y duro.

La madre, pues, se encuentra en el estado siguiente:

Psoriasis palmar, de lo mejor caracterizado. En las dos manos, pero sobre todo en la derecha, obsérvanse anchas placas terminadas por un bordo curvo sobresaliente; estas placas tienen pequeñas hendeduras y la superficie desigual; hay una escamacion abundante que deja descubrir en ciertos puntos manchas de un colorado oscuro. En las manos, los espacios interdigitales se hallan invadidos por la erupcion. Algunas pequeñas placas obsérvanse tambien en la faz dorsal de las dos manos. En fin, sobre las partes laterales de los dedos, pero sobre todo en las últimas falanges, se ve una especie de piquete negruzco formado de pequeñas elevaciones muy duras, y del grueso de la cabeza de un alfiler.

En los piés, el psoriasis existe tambien en la region plantar, á la faz interna, adelante de los malcólos y en los espacios interdigitales; así es que en esas partes la erupcion está mucho mas discreta que en las manos.

A la faz anterior de los ante-brazos y sobre-pechos, se notan algunas placas de una sifilide que se puede llamar eczematosa: placas cobrizas de poca extension. Tambien se muestra la misma erupcion á la comisura de los labios, sobre el labio superior, y en fin, sobre la frente cerca del nacimiento de los cabellos. La piel en esos puntos es rugosa al tacto, y su color cobrizo la distingue de las partes que la rodean. Sobre todas estas placas hay principio de escamacion, y al tacto se desatan algunos pequeños películos epidérmicos. Existe en todas esas partes una violenta comezon que obliga á la enferma á rascarse contínuamente. De noche la comezon es mayor que de dia.

En fin, la enferma nos dijo que desde unos quince dias va perdiendo mucho cabello: examinada la piel de la cabeza, no presentó nada de particular.

Prescribimos inmediatamente el bi-cloruro á la dósis de 2 centíg. diarios mezclados con algunos centigr. de ópio; cada dos dias un baño con 12 gr. de sublimado, y despues de haber tomado un baño simple, para poner la epidermis mas sensible, quedaba la enferma expuesta durante diez minutos á fumigaciones hechas con 8 gr. de cinabrio, y eso dos veces á la semana.

Al mismo tiempo y aunque la enferma estaba jóven y fuerte y en vista de la enfermedad de la niña, prescribimos buen régimen, carne y vino colorado á cada comida, y diariamente dos cucharadas de jarabe de ioduro de fierro.

Despues de nueve semanas de un tratamiento que no presentó nada de particular, la enferma quedó completamente sana.

El dia 2 de Julio prescribimos para la niña el tratamiento que sigue: lociones emolientes frecuentemente repetidas, á la entrada de las narices y sobre las partes genitales. Se coloca á la entrada de la vagina, entre los dos grandes labios, unas pocas de hilas con polvos mezclados de sub–nitrato de bismuth y de fécula. En el dia, un baño con 1 gramo de bicloruro de mercurio, y en la tarde una friccion sobre las partes laterales del pecho, con un gramo de ungüento napolitano. En fin, una pócima con diez gotas de licor de Van–Swieten.

3 de Julio. La diarrea y la calentura persisten. La boca permanece en el mismo estado, derrame nasal mas abundante. Mandamos inyectar en las narices una solucion de bicloruro (1 gramo por 300) dos veces al dia, y con ayuda de un pincel, hicimos unos toques con la misma solucion en las placas mucosas de la boca. Baño como la víspera; el mismo cuidado para las partes genitales. Suspendimos la pócima de Van–Swieten que la niña no pudo soportar.

4 de Julio. La niña se encuentra mas débil; la diarrea aumenta; las evacuaciones ya verdiosas, son líquidas y frecuentes. Se forman unas costras negruzcas á la entrada de las narices y al quitarlas se ven llagas fungosas de mal aspecto. La niña se resiste á tomar el pecho. El edema existe en los piés y en las manos; las placas eritematosas están de un rojo muy activo. Su número y su tamaño han aumentado.

El vientre está hinchado y tendido.

El mismo tratamiento que la víspera.

Este estado agrávase rápidamente. El edema de las extremidades aumenta muy prontamente, lo mismo que la hinchazon del vientre. En los piés y las manos, á nivel de las placas eritematosas, formáronse grietas, cuyas aberturas dieron paso á una pequeña cantidad de serosidades sanguinolentas. Las narices ya casi completa-

mente obstruidas no permiten la succion. La niña cesa de quejarse, pónense sus ojos vidriosos y la muerte llega el 7 de Julio, á las tres de la tarde.

Algunas horas despues el cuerpo quedaba completamente frio y de un blanco de cera.

En esta observacion vemos la completa ineficacia del tratamiento directo. Creemos que en casos tan graves y cuando no se comienza el tratamiento sino cuando aparece la enfermedad en el niño, el término por la muerte es casi inevitable, tanto á causa de lo rápido de la marcha de la afeccion, como por la gravedad de los síntomas.

